

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920. — N° 229

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES

HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES DU NOUVEAU-NÉ

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Sept observations nouvelles de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri-Charles-Ernest MASSIE

Né à Paris (17^e arrond^t), le 20 février 1882.

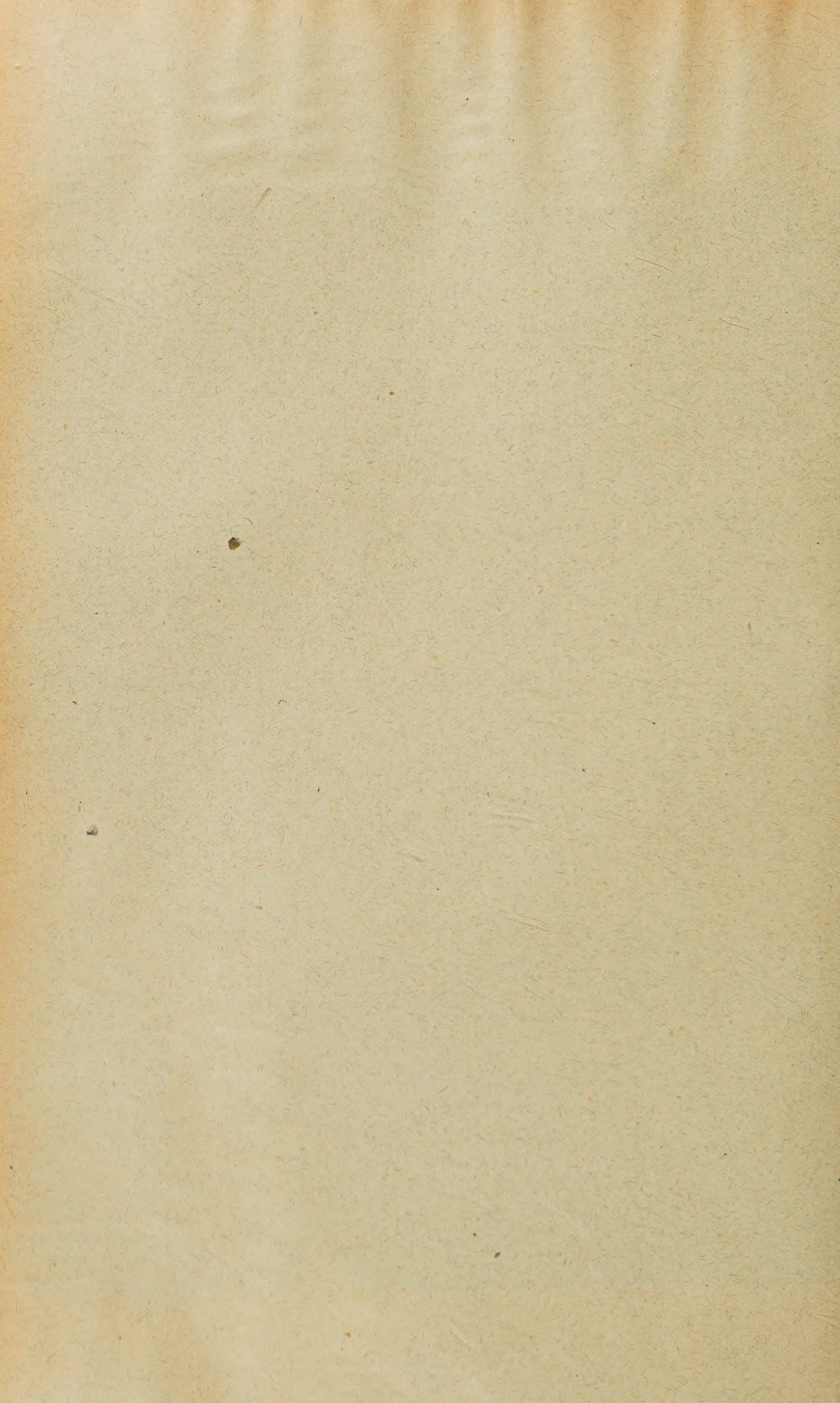


LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — H. GABRION, DIRECTEUR

—
1920



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES
DU NOUVEAU-NÉ
PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Sept observations nouvelles de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1919-1920. — N° 229

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
HÉMORRAGIES GASTRO-INTESTINALES
DU NOUVEAU-NÉ

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Sept observations nouvelles de la Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 7 juin 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri-Charles-Ernest MASSIE

Né à Paris (17^e arrond^e), le 20 février 1882.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — H. GABRION, DIRECTEUR

—
1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. LEPINE ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, PIERRET, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, MORAT, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

	MM.
Gliniques médicales.	TEISSIER.
	ROQUE.
	BARD.
	TIXIER.
Gliniques chirurgicales.	BERARD.
	FABRE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	ROLLET.
Clinique ophtalmologique.	NICOLAS.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	LEPINE (J.).
Clinique des maladies nerveuses et mentales.	WEILL.
Clinique des maladies des femmes.	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.	CLUZET.
Chimie biologique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie.	MOREL.
Matière médicale et Botanique.	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	GUIART.
Anatomie.	LATARJET.
Anatomie générale et Histologie.	POLICARD.
Physiologie.	DOYON.
Pathologie interne.	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MOURIQUAND.
Anatomie pathologique.	PAVIOT.
Médecine opératoire.	X...
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING (F.).
Médecine légale.	ETIENNE MARTIN.
Hygiène.	COURMONT (P.)
Thérapeutique.	PIC.
Pharmacologie.	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Maladies des oreilles, du nez et du larynx	MM. LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.	MM. BARRAL, agrégé
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND, —
Accouchements.	COMMANDEUR, —
Embryologie.	X... —
Anatomie topographique.	PATEL, —
Botanique.	BRETIN, —
Chirurgie expérimentale.	VILLARD, —
Clinique infantile.	X... —
Déontologie et médecine professionnelle.	X... —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	LERICHE.	SAVY.	BONNAMOUR, char-
COMMANDEUR.	THEVENOT (Léon).	FROMENT.	gé des fonctions.
NEVEU-LEMAIRE.	TAVERNIER.	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT, id.
LAROYENNE.	CADE.	PIERY.	FAVRE, id.
VORON.	GUILLEMARD.	COTTE.	GRAVIER, id.
NOGIER.	GARIN.	DUROUX.	ROUBIER, id.
BRETIN.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. G. MOURIQUAND, Président ; VORON, Assesseur ;
MM. FROMENT et PIERY, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A mon Président de thèse

M. LE DOCTEUR G. MOURIQUAND

Professeur de pathologie générale
Médecin des Hôpitaux

A M. LE PROFESSEUR VORON

Médecin accoucheur de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

INTRODUCTION

Les faits assez rares d'hématémèse et de mélæna isolés ou associés chez le nouveau-né ont provoqué un grand nombre de travaux. Les premières observations de faits de ce genre sont dues : à Mauriceau (1682), Ebarth (1723). Puis elles ont été étudiées par Hesse (1825), Rillet (1848), Landau (1874), Ribemont (1889), Dusser (1889), Milton Lewis (1896), Hermary (1897), Lop (1904), Lequeux (1906), Pour-sain (1912), etc.

La plupart des médecins étrangers décrivent, sous le nom de mélæna des nouveau-nés, tous les faits d'hémorragie du tube digestif à cet âge, qu'il s'agisse d'hématémèse ou de mélæna. Cela se comprend facilement, car l'hématémèse du nouveau-né est assez rare, de sorte qu'on peut presque toujours porter avec exactitude, dans ces cas, le diagnostic de mélæna des nouveau-nés. Pour différencier l'état de nouveau-né et la première enfance, on peut se baser sur le moment où l'enfant a pris plus de résistance et transformé ses organes fœtaux, ou sur la chute du cordon. Ceci n'a d'ailleurs qu'un intérêt relatif, les hémorragies de l'estomac et de l'intestin survenant presque toutes dans les premières quarante-huit heures de la vie, ou jusqu'au dixième jour. Passé

cette date, l'hémorragie est si rare que l'on a pu faire entrer dans les statistiques des hémorragies survenues à 4 mois, sans pour cela en fausser les résultats.

Notre but dans cette étude est de faire connaître sept observations nouvelles d'hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés, avec quelques indications pour le pronostic et le traitement.

Qu'il nous soit permis d'exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le professeur agrégé Voron, accoucheur de l'Hôtel-Dieu, qui nous a autorisé à en prendre connaissance dans son service de la Maternité, et a eu l'extrême obligeance de nous donner quelques conseils. Nous adressons aussi nos bien vifs remerciements à M. le D^r Vergnery, interne de la Maternité, qui a bien voulu nous faciliter nos recherches.

FRÉQUENCE

Les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés, les hématoméses et les mélènas qui en sont la conséquence surviennent dans les dix premiers jours de la vie, surtout dans les trois premiers. Elles sont rares : on les rencontre en moyenne une fois sur 500 à 800 nourrissons, la plupart du temps bien portants et sans antécédents héréditaires spéciaux. Elles peuvent apparaître dans les premières heures de la vie si elles résultent d'une maladie générale, telle que la variole de la mère, déjà en évolution à la fin de la vie fœtale, ou si elles sont le résultat d'une anomalie de l'accouchement, telle qu'un traumatisme pendant le travail ou l'expulsion.

Leur fréquence est bien loin d'atteindre, par exemple, celle des hémorragies ombilicales, qui tiennent le premier rang parmi les manifestations hémorragiques que présente le nouveau-né, d'ailleurs les deux peuvent coexister. Le sexe ne paraît pas avoir d'influence, bien que l'hémophilie soit plus fréquente chez les garçons que chez les filles dans le jeune âge; elle n'apparaît d'ailleurs pas avant un an. La maladie débute ordinairement dans les trois premiers jours : dans le cas le plus rapide, l'hémorragie est survenue deux heures après la naissance, et dans le

plus tardif à 4 mois 1/2. Très peu sont survenues après le dixième jour.

La statistique de Milton Lewis donne sur 79 cas :

31 fois dans les premières vingt-quatre heures.

34 fois de un à trois jours.

14 fois à plus de trois jours.

L'hématémèse et le mélæna peuvent se produire seuls ou coexister.

Kling sur 17 cas observés a eu :

Hématémèse et mélæna : 9.

Mélæna seul : 7.

Hématémèse seule : 1.

Silbermann sur 42 observations a vu :

Hématémèse et mélæna : 26.

Hématémèse seule : 10.

Mélæna seul : 6.

Lœderer en a observé 8 cas se divisant en :

Hématémèse et mélæna : 4.

Mælæna seul : 3.

Hématémèse seule : 1.

Dusser a recueilli 76 observations dont :

Hématémèse et mélæna : 30.

Mélæna seul : 35.

Hématémèse seule : 11.

Nos observations portent sur les années 1917, 1918, 1919 et 1920 : la moyenne des accouchements à la maternité de l'Hôtel-Dieu est de 1200 à 1300 par an, et nous n'y avons trouvé que 7 cas d'hémorragies intestinales du nouveau-né dont :

Mélæna seul : 5.

Hématémèse seule : 1.

Hématémèse et mélæna : 1.

Tous ces chiffres sont donc concordants, et on peut en conclure que dans le cas de lésion stomacale seule, le vomissement arrive difficilement à débarrasser l'estomac de tout le sang qui y est épanché ; le reste passe dans l'intestin. Il en résulte qu'on voit rarement l'hématémèse non associée au mélæna. Les mêmes lésions limitées à l'intestin et éloignées du pylore produisent le mélæna seul. Mais ce que réalise d'ordinaire la maladie, c'est-à-dire les lésions portant à la fois sur l'estomac et l'intestin, provoquent les deux hémorragies associées. En outre le plus souvent l'hématémèse apparaît avant le mélæna.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — *Melæna léger.*

Mère, 31 ans, primipare : pas d'antécédents pathologiques.

Accouchement normal au neuvième mois.

Fille, poids 3.200, placenta 600.

Naissance le 24 avril 1918 à 10 h. 40.

Le 27 avril au matin l'enfant a un léger mélæna.

Traitement : suppression de l'allaitement, diète, injection sous-cutanée de sérum de cheval, 5 cc. matin et soir.

Le mélæna ne se reproduit plus.

Sortie le 5 mai 1918. Etat général bon.

Température normale pendant tout le séjour à la Maternité.

OBSERVATION II. — *Mélæna léger.*

Mère 30 ans. Antécédents pathologiques : pneumonie quatre ans auparavant. III-pare.

Premier : fausse couche à quatre mois à la suite de pneumonie.

Deuxième : vivant, bien portant.

Accouchement normal au neuvième mois.

Garçon, poids 3.500, placenta 500.

Naissance le 23 décembre 1918.

Le mélæna se produit le 26 décembre au matin.

Traitement : suppression de l'allaitement au sein, sérum de cheval normal, 10 cc. sous-cutanés en deux fois. Sérum gélatiné par gavage.

Le mélæna ne se reproduit plus.

Sortie le 4 janvier 1919. Etat général bon.

Température normale pendant le séjour à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION III. — *Hématémèse et mélæna.*

Mère 40 ans. VII-pare. Pas d'antécédents pathologiques.

Accouchements précédents :

Un vivant, 17 ans ; deuxième mort à 19 mois (rougeole, broncho-pneumonie) ; troisième vivant, 14 ans ; quatrième mort à huit mois (méningite) ; cinquième vivant, 11 ans 1/2 ; sixième gémellaire (1 mort).

Accouchement normal au neuvième mois, le 10 septembre 1917, à 23 h. 30.

Garçon, poids 2.750, placenta 720.

Le 12 septembre 1917, l'enfant a une selle sanguinolente. On institue un traitement : suppression de l'allaitement, sérum gélatiné au 1/10 au biberon toutes les deux heures, et 10 cc. de sérum de cheval normal en deux fois, matin et soir.

Le 13 septembre 1917, pendant la nuit, l'enfant a vomi un peu de sang ; on donne du sérum gélatiné par le gavage.

Les hémorragies ne se reproduisent plus.

Sortie le 22 septembre 1917. Etat général bon.

Pas de température pendant le séjour dans le service.

OBSERVATION IV. — *Hématémèse grave.*

Mère 21 ans, primipare. Pas d'antécédents pathologiques.

Accouchement normal le 11 décembre 1919, à 12 heures.

Le 12 décembre 1919, vers midi, l'hématémèse commence d'une façon fractionnée et peu inquiétante d'abord.

Immédiatement, suppression de l'allaitement au sein, diète, sérum gélatiné au 1/10^e en biberon.

Le 13 décembre, persistance de l'hématémèse. Injection sous-cutanée de 5 cc. de sérum de cheval, matin et soir, II gouttes d'adrénaline.

Le 14 décembre, même état et même traitement. Le vomissement de sang continuant, on fait du sérum artificiel sous-cutané, 10 cc.

Le 15 décembre, état de l'enfant plus alarmant : pâleur, température au matin 36°,5. Pendant la nuit et le matin jusqu'à 8 heures, l'hématémèse a été continue et assez abondante. Même traitement : sérum gélatiné en biberon, sérum de cheval 5 cc., matin et soir ; sérum artificiel, 10 cc. ; adrénaline, II gouttes ; on met l'enfant à la couveuse.

Le 16 décembre. Depuis la veille au matin, 9 heures, l'hématémèse a cessé complètement ; l'enfant a pris au total 17 tubes de 10 cc. de sérum gélatiné.

Guérisson : enfant sortant en assez bon état au quinzième jour. Tette directement au sein ; température 37°,9.

N'a pas présenté d'élévation de température pendant son séjour à l'hôpital. Cet enfant, revu à la date du 6 mai 1920, est bien portant, de taille et de poids normaux et n'a pas eu de maladies de l'enfance.

OBSERVATION V. — *Mélæna : intensité moyenne sans hématémèse.*

Mère 30 ans, primipare. Pas d'antécédents pathologiques. Rougeole dans l'enfance. Accouchement normal (trois points de suture) au neuvième mois, le 19 septembre 1919.

Garçon, poids 3.800, placenta, 430.

La mère présente une teinte bronzée des téguments, sans ictère vrai et sans réaction de Gmelin dans les urines. Pas d'hémorragie pendant la grossesse. Pouls extrêmement petit et dépressible. Tension de la mère : Gallavardin 13/7.

Pas de taches ardoisées de la muqueuse buccale. Pas de raie blanche de Sergent.

La malade ne semble pas avoir présenté de signes nets d'asthénie.

Le nouveau-né a un mélæna de sang noir le 22 septembre à 8 heures.

Traitement : quatre tubes de sérum gélatiné au 1/10°, 5 cc. de sérum de cheval, matin et soir ; II gouttes d'adrénaline au 1/1000°.

Les selles sanglantes diminuent à partir de 10 heures et cessent complètement à 19 heures.

On donne à la mère X gouttes d'adrénaline au 1/1000*.

Le 23 septembre, vers 17 heures, selle encore teintée de sang rouge.

Le 24 septembre. Plus de selles sanglantes.

Numération des globules rouges du sang de la mère : 3.131.000,

Guérison complète le dixième jour. Sortie en bon état.

Pas de température pendant le séjour à la Maternité.

A la date du 5 mai, cet enfant, revu, est bien portant et de développement normal.

OBSERVATION VI. — *Mélæna grave avec anémie grave consécutive.*

Mère 22 ans, primipare. Pas d'antécédents personnels. Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Accouchement normal au neuvième mois, le 14 novembre 1919.

Garçon, poids 3 400, placenta 650.

Le 15 novembre, dans la soirée, l'enfant émet brusquement par l'anus une assez grande quantité de sang rouge. La température est de 36°,8. On réchauffe le petit malade au moyen de bouillottes et on supprime l'allaitement.

Traitement : sérum gélatiné 10 tubes de 10 cc. Sérum de cheval, deux flacons de 10 cc. Sérum artificiel, quatre seringues de 20 cc. Huile camphrée, deux piqûres. Chlorure de calcium, 10 centigrammes.

Le 16 novembre, la quantité du sang émis est moindre. L'enfant, qui paraissait hier complètement exsangue, a repris de légères couleurs. Sérum gélatiné 6 tubes.

Le 17 novembre, l'amélioration continue; de nouveau sérum gélatiné, deux tubes.

Depuis le 15, inhalations de 12 ballons d'oxygène.

Le 18 novembre, sérum gélatiné, deux tubes avec V gouttes d'adrénaline.

Le 19 novembre, amélioration très sensible : le petit malade, encore très anémié, n'a plus de selles sanguinolentes. La mère ne pouvant donner le sein (petits râles fins

à la base gauche, avec crises d'oppression nocturne) l'enfant est mis au biberon.

Le 26 novembre, le petit malade dont le poids était tombé de 3.400 à 2.820, reprend en moyenne 30 grammes par jour.

Médication : V gouttes d'adrénaline par jour.

Le 27 novembre, état général bon.

Départ le 21 décembre 1919, pesant 3.080.

Pas de température élevée pendant son séjour à la Maternité.

Cet enfant, revu à la date du 6 mai 1920, est de taille et de poids normaux et se développe bien.

OBSERVATION VII. — *Mélæna : intensité moyenne sans hématémèse.*

Mère 28 ans, primipare ; pas d'antécédents pathologiques.

Accouchement normal au neuvième mois, le 3 mars 1920.

Fille, poids 2,600, placenta 400.

Le 5 mars, au matin : mélæna abondant de sang rouge. Enfant décoloré. Immédiatement suppression du sein, diète. Sérum gélatiné, six tubes de 10 cc. Sérum de cheval normal, deux flacons de 20 cc. Adrénaline, III gouttes par deux fois.

Sérum artificiel sous-cutané, trois piqûres de 20 cc.

Le mélæna ne s'est plus reproduit depuis le 5 mars à 5 heures du soir.

Guérison ; sortie en bon état ; l'enfant tette directement au sein.

Pas de température pendant le séjour à la Maternité.

L'enfant, revu à la date du 7 mai 1920, est bien portant et n'a plus eu d'hémorragies.

SYMPTOMES

On a signalé comme phénomènes précurseurs des hémorragies gastro-intestinales, du malaise, de l'agitation, et parfois des convulsions, mais, bien souvent, aucun symptôme apparent ne vient faire soupçonner à l'entourage le danger dont l'enfant est menacé. Dans ces cas, la physionomie du nouveau-né ne dénote rien de particulier, ce n'est qu'en déshabillant celui-ci que la nourrice s'aperçoit que les langes contiennent du sang, ou au matin que l'oreiller sur lequel il repose est souillé de sang par une hématomèse. L'hémorragie est alors peu abondante et cesse rapidement. Ou bien encore l'enfant à la suite d'une tétée a une hématomèse soudaine et imprévue.

Lorsque le sang sort en abondance des vaisseaux pour se répandre dans le tube digestif, on observe des phénomènes généraux caractéristiques et très nets, communs à toutes les grosses hémorragies, tels que : pouls rapide, filiforme, respiration rapide, superficielle, quelquefois irrégulière, spasmodique ; la température est abaissée (on aurait observé une fois une chute à 29°) ; les extrémités sont froides, les téguments pâlisent, se refroidissent et gardent les plis qu'on leur fait ; les fontanelles sont affaissées ; il y a de l'agitation, des mouvements ou des convulsions

légères des membres. L'enfant est prostré, en état de somnolence et de dépression, son cri s'éteint; enfin il peut être dans le coma. Cependant la température, au lieu de s'abaisser, peut s'élever si l'hémorragie est liée à un état infectieux.

Quelquefois ces symptômes sont les seuls qui attirent l'attention sur l'hémorragie faite dans l'intestin et non encore rejetée au dehors. Ils indiquent toujours une hémorragie grave, abondante, et doivent inquiéter le médecin au même titre que le vomissement de sang et le mélena.

Cependant, comme il existe beaucoup de cas légers où les symptômes généraux font défaut, ce qui frappe l'observateur est le rejet du sang par la bouche ou l'anus, ou par les deux orifices simultanément, quel que soit le temps où il ait séjourné dans le tube digestif. Dans l'hématémèse seule la quantité de sang n'est généralement pas aussi abondante que dans l'expulsion par l'anus : les vomissements se produisent toutes les fois qu'on donne le sein à l'enfant, et le sang est en général rouge et mélangé au lait, mais il peut être aussi coagulé et noirâtre, soit qu'il provienne du pylore, soit qu'il ait séjourné dans l'estomac. Le sang rejeté par l'orifice anal peut présenter les mêmes caractères que celui rendu par vomissement : il peut être rouge, franchement pur, et on peut alors présumer que l'entérorragie vient de se produire dans un point de l'intestin assez rapproché de l'anus ; d'autres fois il est noirâtre, poisseux, à aspect de goudron, ce qui constitue le véritable mélena.

Le méconium a d'habitude été expulsé à l'époque où apparaît l'hémorragie : quelquefois il n'est pas sorti et se présente mélangé au sang, ce qui, à cause de la ressemblance du sang digéré avec le méconium, pourrait donner lieu à une erreur de diagnostic. Mais il est à remarquer que, dans le mélæna, il y a sur les langes, à la périphérie des déjections, un cercle de coloration rose pâle, fusant plus ou moins loin dans le tissu, ce que ne produit pas le méconium ; de plus, l'eau de lavage est teintée en rose ; en outre, au besoin, un examen microscopique peut déceler l'existence de globules sanguins déformés.

Dans les cas typiques de l'affection, il s'agit d'un garçon ou d'une fille, nés après une grossesse et un accouchement normaux, de parents bien portants. L'enfant au moment de la naissance paraissait robuste et a bien crié. Plus tard il a pris le sein sans difficulté.

Que l'hémorragie se fasse sous forme d'hématémèse ou de mélæna, dans les premières 48 heures qui suivent l'accouchement et au milieu des apparences d'une bonne santé, le nouveau-né est pris brusquement de l'une ou l'autre de ces hémorragies et le plus souvent des deux consécutivement. Habituellement la perte de sang est d'emblée importante, mais dure peu : après une évacuation plus abondante de sang, on note encore dans la journée deux ou trois selles hémorragiques, accompagnées ou non d'hématémèse, et au bout de 48 heures il n'y a plus de manifestations.

Mais l'expulsion du sang, soit par voie rectale,

soit par voie buccale; du premier au second jour de la vie, apparaît d'autant plus vite que l'état physique de l'enfant est plus faible et son poids moins élevé à la naissance. Ce sont d'ailleurs des exceptions, car sur 35 cas, où on a noté en cas d'hémorragie l'état du nouveau-né, 28 fois il était bon et 7 fois seulement mauvais.

PRONOSTIC

La mortalité dans la maladie qui nous occupe a été évaluée différemment suivant que les auteurs confondaient toutes les hémorragies gastro-intestinales quelles qu'elles fussent, ou en distinguaient les différentes formes.

Il faut donc admettre avant de pouvoir faire un pronostic :

1° Un *mélæna* faux, assez fréquent et dans lequel la source du sang doit être recherchée soit du côté du mamelon de la mère, soit du côté de la bouche, du nez, du pharynx, ou de l'anus de l'enfant. Dans ce cas, l'erreur de diagnostic peut être évitée par l'observation de l'insignifiance des symptômes si graves dans le *mélæna* vrai. Nous ne signalons cette variété que pour mémoire, car elle ne rentre pas dans le cadre de notre étude.

2° Un *mélæna* vrai, divisible en deux classes :

A) *Mélæna* vera symptomatique, se rattachant à la septicémie, à la variole, à la syphilis, à l'hémophilie, ou à l'insuffisance surrénale de la mère ou de l'enfant.

B) *Mélæna* vera primitif, dû tantôt à une ulcération à pathogénie variable, ou plus souvent à une congestion des voies gastro-intestinales amenée par un trouble respiratoire, un accouchement difficile, etc.

Dans les observations que nous présentons, on

n'a pu découvrir aucun antécédent pathologique chez la mère, et les accouchements ont été normaux. Nous n'avons donc observé que du mélæna vera primitif dans lequel le second ou le troisième jour de la naissance, le nouveau-né a des selles sanglantes, ou bien vomit ou expulse des mucosités mêlées de sang. Il existe, d'après les auteurs, des cas d'hémorragie foudroyante, assez forte pour entraîner la mort en quelques heures. Plus discrète, elle peut laisser survivre le nouveau-né à condition qu'elle s'arrête au bout de deux ou trois jours.

En se basant sur les répétitions, ainsi que sur la quantité du sang expulsé, on pourra présumer de la gravité ou de la bénignité de l'affection. De la sortie plus ou moins considérable de sang hors des vaisseaux, il pourra résulter une anémie plus ou moins marquée chez le petit malade, ainsi qu'un aspect tout à fait différent dans les symptômes généraux. Si la terminaison doit être funeste, l'hématémèse et le mélæna se répèteront fréquemment, le nouveau-né perdra de son poids de jour en jour, et ceci d'une notable quantité de grammes, les symptômes généraux augmentant en même temps d'intensité. Plus l'enfant est débile, moins il résistera, et la mort sera bientôt la conséquence de l'hémorragie chez ce sujet si hématémèses et mélæna se répètent avec fréquence. De même, chez un sujet vigoureux, si les évacuations sanguines sont abondantes et répétées la mort surviendra rapidement.

Cependant sous l'influence d'un traitement bien dirigé, chez un sujet robuste, qui n'a que des pertes

relativement peu considérables de sang, au lieu d'hémorragies foudroyantes, on peut le voir résister et guérir même, surtout si l'hémorragie se fait lentement. On peut même être étonné de voir avec quelle résistance les nouveau-nés supportent des hémorragies qui sont considérables, en égard au poids du corps les premiers jours, ce qui peut faire croire qu'il y a un bon nombre de guérisons qu'on ne publie pas, et que par suite les statistiques portent sur une majorité de cas mauvais.

Quoi qu'il en soit, dans les cas favorables, l'hématémèse et le mélæna diminuent de plus en plus et finissent par cesser. L'enfant, après avoir perdu de son poids pendant un certain temps, finit par rattraper cette perte au bout de quelques semaines.

Malheureusement il n'est pas toujours facile de suivre ces nouveau-nés par la suite, et par conséquent de savoir ce qu'ils deviennent. La généralité des auteurs constatent que si quelques-uns sont restés longtemps chétifs, d'autres se rétablissent promptement et finissent par jouir d'une parfaite santé. D'une façon générale, l'enfant aura d'autant plus de peine à se rétablir, que les évacuations sanguines auront été plus abondantes, de plus longue durée et que la maladie aura frappé un enfant né avant terme et déjà débilité. Il sera prudent de faire des réserves sur les suites de l'hémorragie, l'enfant pouvant rester exposé longtemps aux aléas de l'anémie grave, aux troubles digestifs, à un développement lent, à toutes les maladies de la première enfance.

Les auteurs qui ont traité des hémorragies gastro-

intestinales du nouveau-né en font une affection très grave. Runge admet une mortalité de 50 à 60 p. 100, Kling de 35 p. 100. D'après Silbermann, la guérison serait de 56 p. 100. Dusser, sur 78 observations, a constaté 35 guérisons et 43 morts. Ovi trouvé une mortalité de 51,6 p. 100. Nobécourt admet que tout mélæna qui dure plus de 48 heures peut être considéré comme fatal, la durée de la maladie n'excédant pas une semaine.

Le pronostic doit être basé :

1° Sur l'état général du sujet. Si celui-ci est faible au moment de sa naissance, s'il coexiste d'autres hémorragies, rénales, vaginales, purpura généralisé infectieux, le cas est grave.

2° Sur un état pathologique héréditaire : hémophilie qui doit être rarement incriminée, syphilis difficile à reconnaître en l'absence d'antécédents, la mère niant toute contamination, volontairement ou par ignorance, l'affection remontant parfois à une période ancienne ; en outre, si la mère est indemne, il est parfois difficile d'examiner le père. Cependant on peut avoir des présomptions par l'accouchement prématuré, le poids du placenta, etc. Ou encore, albuminurie, mal de Bright de la mère. Le pronostic doit être réservé.

3° Enfin sur l'abondance et la fréquence de l'hématémèse et du mélæna : plus l'enfant aura été anémié par les évacuations sanguines plus il aura de peine à se rétablir, et plus longue sera la convalescence à la suite d'un tel épuisement.

4° Dans les sept observations que M. le Professeur Voron a eu l'obligeance de nous laisser recueillir dans

son service, il s'agit d'enfants nés normalement au neuvième mois, sans manœuvres obstétricales d'aucune sorte, chez les mères desquels on n'a pu relever aucun antécédent pathologique, sauf chez l'une où l'on pouvait soupçonner de l'insuffisance surrénale fruste. En raison de cette absence d'antécédents, on pouvait donc porter un pronostic favorable, lequel a été confirmé par la guérison à la suite d'un traitement énergique. De plus, nous avons pu revoir quatre de ces malades (ceux des dernières observations) qui sont tous actuellement bien portants, de taille et de poids normaux et n'ont été atteints, jusqu'à présent, d'aucune des maladies de la première enfance.

S'il est des cas où il faille réserver son pronostic, par exemple lorsque l'enfant est né malade ou prématuré, son état général lui permettant peu de faire les frais d'une hémorragie, il n'est pas rare non plus de voir cette affection disparaître sous l'influence d'un traitement bien dirigé. De sorte qu'une tendance pessimiste, malgré la gravité de l'affection, serait exagérée. Le bon état de santé de l'enfant à la naissance, l'intensité moyenne de l'hémorragie, sa diminution notable en 24 heures, sont des éléments de pronostic favorable.

En outre, si après la cessation des hémorragies, à la suite de bons procédés thérapeutiques, l'hygiène et l'alimentation du nouveau-né sont bien surveillées, l'on peut observer, même à la suite de cas graves, de véritables résurrections, l'enfant reprenant régulièrement du poids pendant sa convalescence, à plus forte raison s'il ne s'est agi que d'une hémorragie légère du tube digestif.

TRAITEMENT

Comme chez tout nouveau-né, il est d'abord indiqué de surveiller l'alimentation du premier jour, pour éviter au tube digestif un travail trop actif ; cela semble, dans une certaine mesure, chez un nouveau-né débile ou prématuré, constituer un traitement préventif de l'hémorragie gastro-intestinale

Dès que celle-ci a apparu, il faut éviter toutes les causes d'irritation locale de l'estomac ou de l'intestin. La première indication est donc de supprimer l'allaitement au sein et d'instituer la diète absolue ; en effet, souvent les hémorragies se produisent à la suite des efforts de succion de la tétée, et l'estomac devient intolérant. Une autre indication est d'assurer le libre exercice de la respiration, par conséquent de veiller à ce que les langes soient desserrés, de façon à ne pas mettre obstacle à la libre ampliation thoracique. De plus, autant que possible, comme dans toute hémorragie grave, il faut faire garder l'immobilité au nouveau-né.

Le traitement proprement dit doit correspondre à toute une série d'indications : réchauffer le nouveau-né, dont la température s'abaisse, remonter les forces, faire de la vaso-constriction et arrêter le plus rapidement possible l'hémorragie, enfin traiter l'anémie. En outre, en cas de maladie spécifique, il faut traiter la cause initiale.

1° Pour éviter le refroidissement et activer la circulation cutanée, tout en ranimant les fonctions des centres nerveux, il faut envelopper l'enfant de la tête aux talons dans de l'ouate chauffée, ou l'entourer de boules chaudes après l'avoir couvert d'ouate simple, ou saupoudrée de farine de moutarde dans la partie en rapport avec les membres inférieurs. Mieux encore dans un service hospitalier, mettre l'enfant, enveloppé de ouate, au repos dans une couveuse chauffée à 37°. Il y restera jusqu'à ce que la convalescence soit bien établie, parfois quinze jours.

On pourra aussi faire au nouveau-né une friction alcoolique, avec de l'alcool simple ou de l'eau-de-vie camphrée, excellents moyens de révulsion, ou encore avec des flanelles chauffées, tout en prenant garde d'agir avec beaucoup de précautions pour ne pas irriter la peau et ne pas favoriser l'apparition du purpura, qui peut coexister avec les hémorragies gastro-intestinales. La friction peut être remplacée ou suivie par un bain chaud, simple ou légèrement sinapisé, à la température de 38° à 39° d'une durée de cinq minutes.

2° Pour soutenir les forces de l'enfant : donner à la petite cuillère une très légère quantité d'eau-de-vie dans de l'eau, 8 à 10 gouttes par vingt-quatre heures ; on peut aller jusqu'à une cuillerée à café. La liqueur d'Hoffmann a été également employée dans le cas de grande faiblesse du nouveau-né.

3° Pour traiter l'hémorragie et exciter la vasoconstriction gastro-intestinale, on donnera : des hémostatiques parmi lesquels on a conseillé : l'ergotine en injections sous-cutanées ou en potion, 10 centi-

grammes, le chlorure de calcium en potion, 10 centigrammes, l'adrénaline au 1/1000, II à III gouttes deux fois par jour, l'hamamélis virginica, X à XV gouttes; des astringents tels que le tannin, le tannigène, la tannalbine, 15 centigrammes en 5 prises par vingt quatre heures, le ratanhia sous forme d'extrait aqueux, 15 centigrammes, de teinture au 1/5, XX gouttes, ou de sirop, 4 grammes. Une potion réunissant de l'adrénaline, de l'ergotine et de l'extrait de ratanhia, donnée par cuillerée à café de quart d'heure en quart d'heure est un bon hémostatique.

D'autre part, faire dans tous les cas d'hémorragie gastro-intestinale des injections sous-cutanées de sérum frais de cheval (ou à son défaut de sérum antidiphtérique) à la dose de 5 cc. matin et soir. Cette médication, employée systématiquement dans les sept observations que nous publions, a donné d'excellents résultats, et nous paraît être un véritable spécifique de l'hémorragie.

Donner aussi régulièrement du sérum gélatiné au 1/10 (en tubes de 10 centimètres cubes) au biberon toutes les deux heures, 6 à 8 tubes par 24 heures.

Si le nouveau-né a de l'intolérance gastrique, ce qui arrive souvent dans le cas d'hématémèse, donner le sérum gélatiné par voie rectale ou en injections sous-cutanées.

4° Traiter les phénomènes généraux dus à l'anémie, surtout en cas de collapsus et d'arrêt de la respiration. Faire des inhalations d'oxygène, des injections sous-cutanées d'huile camphrée au 1/10 et d'éther. Faire des injections, dans la peau de l'abdomen, de

la fesse ou de la région trochantérienne, de sérum artificiel à 7 gr. 5 pour 1.000, à la dose de 10 à 30 centimètres cubes en vingt-quatre heures ; la solution de chlorure de sodium, rapidement absorbée par les tissus, donne des résultats aussi remarquables que chez l'adulte.

De plus, pratiquer la transfusion sanguine : prélever dans une veine de la mère, avec une seringue de 20 cc., humectée d'une solution de citrate de soude à 10 p. 100, du sang qu'on injecte au nouveau-né dans les muscles de la fesse ou le tissu sous-cutané du flanc à la dose de 20 à 60 centimètres cubes, suivant la gravité du cas (Oliver, 1917 ; Cherry et Langrock, 1916).

5° Si la syphilis est incriminée, on soumettra l'enfant au traitement mercuriel, dès que les phénomènes hémorragiques le permettront.

Malgré quelques succès dans les cas graves, le traitement met donc l'enfant dans les meilleures conditions de résistance contre les accidents qui nous occupent. En outre, lorsque les hémorragies ont cessé complètement, tout en continuant à donner quelques gouttes d'adrénaline au 1/1000 (IV à V *pro die*), pendant une huitaine de jours, ne reprendre l'allaitement que très prudemment et par petites quantités à la fois, le tube digestif pouvant être devenu intolérant, et toute irritation locale de l'estomac ou de l'intestin pouvant donner lieu à des récidives.

Surveiller enfin, s'il est possible, la convalescence, les nouveau-nés ayant présenté des hémorragies gastro-intestinales, pouvant rester longtemps débilités et mal se développer.

CONCLUSIONS

I. Les hémorragies gastro-intestinales des nouveau-nés sont assez rares.

On les rencontre une fois en moyenne sur 500 à 800 enfants. Elles ne sont pas la manifestation d'une maladie générale bien définie, mais un syndrome commun à des maladies et à des lésions très différentes.

II. Elles se produisent en général, sans cause apparente, dans les deux premiers jours de la vie, sous la forme d'hématémèse ou de méléna ou des deux associés et sont très rarement isolées. Cette absence de causes a été notée dans nos sept observations.

III. D'une façon générale il semble que le pronostic est moins grave qu'on le pensait habituellement. Les guérisons obtenues dans les sept observations que nous relatons, malgré les phénomènes inquiétants notés dans certains cas, paraissent nous donner raison.

En dehors de la gravité plus ou moins grande de la cause (syphilis, purpura), il est certain que l'abondance du sang répandu et la répétition des hémorragies seront les facteurs principaux de la gravité du pronostic.

En outre, certains enfants qui n'ont jamais présenté de symptômes graves restent faibles, anémiés et difficiles à nourrir. Ce n'est pas le cas de nos quatre dernières observations, où nous avons pu retrouver les enfants en parfaite santé.

IV. Traitement : 1° Mettre le nouveau-né à la diète pour supprimer toute cause d'irritation du tube digestif ; le mettre en couveuse pour éviter le refroidissement ; 2° Traiter l'hémorragie par des hémostatiques : ergotine, adrénaline et des astringents. Employer le sérum de cheval normal (ou à défaut le sérum antidiphtérique) comme vaso-constricteur et hémostatique ; il nous paraît être un véritable spécifique de l'hémorragie. Donner du sérum gélatiné par la voie sous-cutanée ou la voie digestive ; 3° Traiter l'anémie par la transfusion sanguine, le sérum artificiel, l'huile camphrée, l'oxygène.

Au cas de syphilis, instituer le traitement spécifique, lorsque les hémorragies auront disparu.

Le Président de la thèse,

VU :

GEORGES MOURIQUAND.

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 12 mai 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- COMBY. — Traité des maladies des enfants.
CUDENNEC. — Th. Bordeaux, 1910.
DUSSÉ. — Th. Paris, 1889.
GIROUD. — Th. Lyon, 1909.
HERMARY. — Th. Paris, 1897.
LEQUEUX. — Th. Paris, 1906.
LOAEC. — Th. Lyon, 1913.
NOBÉCOURT. — Précis des maladies infantiles, 1920.
POURSAIN. — Th. Lyon, 1912.
Pratique médico-chirurgicale. Art. Nouveau né, Hémorragies.
WEILL. — Précis des maladies infantiles.
-

